CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

Section de Chirurgie et d'Accouchements

TITRES ET PUBLICATIONS

DE

E. REYMOND

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

TITRES

Interne provisoire des hôpitaux, 1890.

Interne des hôpitaux, 1891.

Docteur en médecine, 1895.

Lauréat de l'Assistance publique.
(Prix Civiale, 1892.)

Lauréat de la Faculté de médecine.
(Médaille d'argent, 1895.)

Lauréat de l'Institut.
(Prix Godard, 1896.)

Membre titulaire de la Société anatomique, 1893.

Membre fondateur de la Société d'Urologie.

I. — CENTRES NERVEUX

1. — **Tumeur du corps pituitaire** (1).

C'est à propos d'un malade soigné à Beaujon, dans le service de notre maître, le Dr Guyot, que nous avons eu l'occasion d'étudier les tumeurs du corps pituitaire.

En dehors de l'absence d'acromégalie et sans insister sur certains symptômes cliniques dont le rapprochement avec les lésions anatomiques était intéressant, cette tumeur, une des plus volumineuses qu'on ait eu l'occasion d'étudier, présentait des caractères histologiques permettant de préciser et son point de départ et sa nature.

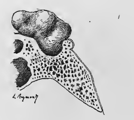


Fig. 1. — La tumeur laissée intacte sur le sphénoïde divisé par une coupe antéro-postérieure.

C'est ainsi que nous avons pu constater que la tumeur n'était aucunement développée aux dépens de la portion postérieure ou céré-

(1) Tumeur du corps pituitaire. *Bull. Soc. anatomique*, décembre 1893.

brale du corps pituitaire : celle-ci paraissait avoir été rejetée en dehors de la selle turcique par le développement de la tumeur qui

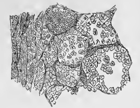


FIG. 2. — La gauche de la figure correspond à la périphérie de la tumeur ; les tubes épithéliaux y sont comprimés par le développement néoplasique.

avait son point de départ dans la portion antérieure ou glandulaire du corps pituitaire.

Quant à la nature de la lésion, il s'agissait d'une dégénérescence

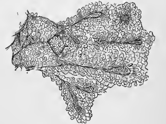


FIG. 3. — Coupe plus rapprochée du centre de la tumeur. Les travées fibreuses tendent à disparaître.

épithéliomateuse : nous avons insisté sur les caractères qui permettent de distinguer celle-ci de la simple hypertrophie du corps pituitaire,

et d'autre part, nous a vons indiqué combien serait facile la confusion avec un sarcome, si l'on se contentait de l'examen histologique fait en certains points.

La transformation pathologique de la glande est d'autant plus avancée que l'on se rapproche davantage du centre. A mesure que les tubes épithéliaux s'élargissent, gorgés de cellules, leurs parois s'amincissent en s'éloignant l'une de l'autre et arrivent finalement à disparaître. Il ne reste bientôt plus qu'une masse de cellules juxtaposées, parsemée d'un grand nombre de capillaires dilatés que l'on pourrait croire au contact immédiat des cellules.

Cette disposition épithéliale est très analogue à celles que présentent certaines tumeurs de l'ovaire, analogue aussi à ce que nous avons eu l'occasion de décrire dans un goitre (1).

2. — De l'hémianesthésie sans hémiplégie consécutive à certain traumatisme cérébral (2).

Chez un malade soigné dans le service de notre maître le Dr Blum, pour plaie pénétrante par balle de revolver de l'hémisphère droit du cerveau, nous avons eu l'occasion d'étudier une hémianesthésie étendue à toute la moitié gauche du corps. Elle portait sur la peau et les muqueuses. Nous constations de l'incoordination musculaire mais sans paralysie.

Si nous ajoutons que le malade ne présentait aucun symptôme d'hystérie, on concevra que nous nous soyons demandé s'il ne fallait pas attribuer de pareils signes à des lésions centrales limitées aux faisceaux sensitifs, si exceptionnelles que soient celles-ci.

Or, l'autopsie devait nous montrer qu'il s'agisait d'un foyer hémorrhagique présentant bien en effet une pareille localisation et respectant la région motrice et les fibres qui en partent. Les faisceaux pédiculo-pariétal supérieur et pédiculo-pariétal inférieur étaient détruits: le faisceau temporo-sphénoïdal était intact.

Si donc la clinique nous avait permis d'étudier une hémianesthésie gauche non accompagnee de paralysie, l'anatomie d'autre

(1) *Société anatomique*, janvier 1892.
(2) *Société anatom.*, juin 1893.

part nous faisait constater une lésion intéressant seulement le partie postérieure de la capsule interne, le carrefour des faisceaux sensitifs ; les fibres motrices restant intactes. Les hasards de la clinique

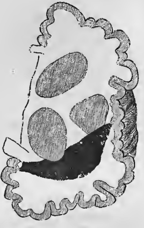


Fig. 1. — Schéma indiquant le siège du foyer hémorrhagique.

réalisaient ainsi l'expérience si délicate que l'on ne peut déterminer d'une façon précise chez les animaux.

Nous avons, d'autre part, essayé de pousser plus loin le parallèle entre les symptômes et les lésions et nous avons cherché quel rapport pouvait exister entre la sensibilité diffuse qui persistait chez le malade et le rôle du faisceau temporo-sphénoïdal qui était en partie conservé.

3. — Monoplégie gauche et lésion du lobule paracentral droit (1).

Le malade présentait une diminution de mémoire et une paralysie bien localisée à la jambe gauche.



Fig. 5. — Petit foyer de ramollissement au pied de la frontale transverse supérieure.

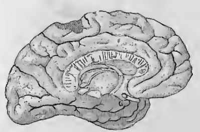


Fig. 6. — Deuxième foyer de ramollissement localisé au niveau du lobule paracentral.

(1) E. Reymond et Weil. *Société anatom.*, 7 juillet 1893, p. 472.

L'absence de troubles de sensibilité, de coma, d'albumine dans les urines firent porter le diagnostic de lésion très localisée de la substance corticale de l'hémisphère droit.

En fait, l'autopsie permet de reconnaître deux petits foyers de ramollissement très voisins, situés l'un au pied de la frontale transverse supérieure, l'autre au niveau du lobule paracentral ; celui-ci correspondant sans aucun doute à la monoplégie.

4. — Sarcome primitif de l'arachnoïde (1).

Il s'agissait d'une tumeur adhérant à la fois à l'encéphale et à la dure-mère. Elle présentait en certains points les caractères d'un

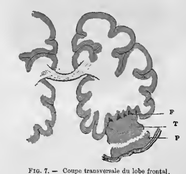


FIG. 7. — Coupe transversale du lobe frontal.
T. Tumeur dont une partie (P) est restée adhérente à la dure-mère et l'autre à l'encéphale. — F. Petits foyers hémorrhagiques.

sarcome angiolithique et en d'autres ceux d'un fibro-sarcome. C'est là une forme de tumeur des méninges bien connue, mais dont l'origine a été placée tantôt dans la pie-mère et tantôt dans la dure-mère.

Or, il existait dans ce cas une disposition permettant d'éclairer cette question. Entre la tumeur et la substance grise se trouve un chapelet

(1) *Société anatom.*, décembre 1893, p. 695.

de petits épanchements sanguins (F, fig. 7) correspondant aux fonds des espaces sous-arachnoïdiens.

Les petits foyers hémorrhagiques (F, fig. 8) étaient séparés de la substance grise par la pie-mère (P, fig. 8) alors que celle-ci ne

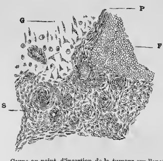


Fig. 8. — Coupe au point d'insertion de la tumeur sur l'encéphale.
La substance grise (G) se continue directement avec la tumeur, mais est séparée du foyer hémorrhagique (F) par la dure-mère saine (P).

subsistait pas entre la tumeur et la substance grise si l'on considérait un point intermédiaire à deux foyers hémorrhagiques.

Une pareille disposition ne peut s'expliquer si l'on suppose que la tumeur ait son point de départ dans la pie-mère ; elle s'explique fort bien si elle est développée aux dépens du feuillet dure-mérien de l'arachnoïde.

II. — COU ET TRONC

1. — Goitre exophtalmique à marche suraiguë (1).

Nous avons eu l'occasion d'étudier un goitre exophtalmique ayant emporté la malade en quinze jours et s'étant présenté avec des accidents vasculo-nerveux d'une remarquable intensité : tremblement secouant jour et nuit la malade dans son lit, paraplégie, troubles psychiques, pouls de 120 pulsations et haute température.

L'autopsie nous permit de relever une série de lésions viscérales, cardiaques et thymiques en particulier, qu'il était intéressant de comparer aux symptômes.

D'autre part, les lésions histologiques du goitre ne ressemblaient pas aux formes ordinaires. Il ne s'agissait pas d'une augmentation du nombre des éléments glandulaires, mais d'une augmentation du nombre des cellules qui partout distendaient les culs-de-sac dont les parois amincies disparaissaient par places.

Cette curieuse disposition a depuis lors été étudiée par différents auteurs, en particulier par Achard (2), Soupault (3); Létienne (4), à propos de notre observation, propose le nom de *cirrhose hypertrophique thyroïdienne* pour les cas analogues.

Cette transformation de l'élément glandulaire de l'organe cadre bien avec la théorie soutenue depuis par M. Brissaud (5), à savoir que le goitre basedowien paraît correspondre non à une hyperthyroïdation mais à une hypothyroïdation.

2. — Sarcome primitif du poumon (6).

Si le cancer secondaire du poumon est chose fréquente, le sarcome primitif est fort rare : le professeur Spillmann (7) n'a pu en réunir que 20 cas.

(1) *Société anat.*, 30 juin 1893, p. 456.
(2) *Arch. de médecine expérim.*, novembre 1893.
(3) *Soc. anat.*, juillet 1897.
(4) Article « Goitre exophtalm. ». *Manuel de méd. de Debove et Achard.*
(5) *Congrès de Bordeaux*, 1895.
(6) *Société anatomique*, mars 1893, p. 256.
(7) *Gaz. hebdom.*, 5 décembre 1891.

Cette rareté de l'affection fait qu'on est mal fixé sur ses symptômes qu'on a tendance, à tort peut-être, à identifier à ceux de l'épithélioma pulmonaire.

Notons dans ce cas l'évolution rapide en cinq mois, l'absence de ganglions, l'épanchement pleural non hémorrhagique, ce qu'expliquait l'intégrité relative de la plèvre.

Le cœur, refoulé à droite, laissait entendre ses battements en tous les points du thorax distendu par un vaste foyer hémorrhagique.

L'étude histologique des tissus nous a permis d'étudier la couche de pneumonie qui se constitue autour de la tumeur et d'insister sur les erreurs d'interprétation qui peuvent faire prendre pour un épithélioma ce qui est un sarcome.

3. — Péritonite localisée consécutive à une perforation de l'estomac (1).

La perforation de la paroi antérieure de l'estomac peut donner lieu à un abcès pré-stomacal à marche subaiguë et d'un diagnostic délicat, surtout alors que le début de la perforation a passé inaperçu. Si peu caractéristique qu'aient pu être les symptômes, le diagnostic avait été toutefois posé par notre maître le Dr Rigal.

Le foyer purulent est limité, en arrière par la paroi antérieure de l'estomac, en haut et en avant par le diaphragme, à droite par le foie, à gauche par la rate qui adhère d'une part au péritoine diaphragmatique et d'autre part à la grande courbure de l'estomac. En bas, le foyer se trouve limité par les adhérences contractées entre la partie supérieure de l'épiploon et le péritoine pariétal.

Ces dernières adhérences donnaient par le palper abdominal la sensation d'une sangle transversalement tendue et faisaient penser à certaines lésions de péritonite tuberculeuse.

L'abcès pré-stomacal contenait du gaz et donnait lieu à son niveau à un ballonnement de la paroi abdominale et à une sonorité très marquée : d'où la possibilité en pareil cas de croire à un refoulement des anses intestinales distendues et maintenues par la bride sous-jacente.

(1) *Société anatomique*, janvier 1894, p. 84.

4. — **Péritonite à streptocoques** (1).

Les streptocoques peuvent infecter le péritoine par sa face profonde ou par sa surface libre.

Le pronostic de ces deux modes d'infection est fort différent, ainsi que nous l'ont montré les observations cliniques et les recherches expérimentales.

C'est par exemple au cours de cellulites pelviennes à streptocoques que le péritoine se trouve infecté par sa face profonde : il s'en suit une adhérence presque immédiate de la séreuse à elle-même, et cette adhérence suffit ordinairement pour protéger le reste du péritoine.

Vient-on au contraire à mettre le streptocoque directement au contact de la surface libre du péritoine ? l'inflammation et les adhérences consécutives n'ont pas eu le temps de se produire que déjà l'infection s'est propagée au loin.

On peut parfois comparer les deux processus d'infection chez une même malade. Telle par exemple cette femme (2) qui à la suite d'accidents puerpéraux présente un phlegmon des ligaments larges. Le bassin est rempli par un bloc qui enserre tous les organes pelviens. Les culs-de-sac ont complètement disparu, mais l'infection n'a pas gagné le reste du péritoine.

Or ce phlegmon laisse à la malade comme reliquat un petit abcès à streptocoques de l'ovaire. Un jour cet abcès crève, le pus se répand sur la face libre du péritoine : la malade meurt en quatre jours de péritonite généralisée.

5. — **Péritonite à gonocoques** (3).

Le gonocoque pourrait au dire de certains auteurs se développer non seulement dans le péritoine des hommes mais encore dans celui de certains animaux (Wertheim).

(1) *Annales de gynécologie*, juillet 1895.
(2) *Société anatomique*, février 1895, p. 505.
(3) *Soc. anat.*, 10 mai 1895, p. 420.

Ce sont là, croyons-nous, des erreurs d'interprétation. Il est vrai qu'un tampon imbibé de pus blennorrhagique et laissé dans le péritoine y peut créer une légère inflammation de courte durée, mais ceci n'indique aucunement que les gonocoques se soient développés dans le péritoine : bien au contraire, ils diminuent aussitôt de nombre et ne tardent pas à disparaître.

Chez l'homme, le pus blennorrhagique au contact du péritoine ne cause pas des accidents aussi graves qu'on a bien voulu le dire.

A la période aiguë de la blennorrhagie des trompes le pus coule par le pavillon dans le péritoine comme par le méat au cours d'une uréthrite. Au contact du pus le péritoine réagit et sécrète une sérosité assez abondante qui se mêle au pus.

Ce liquide a tendance à être rapidement enkysté grâce aux adhérences qui se forment tout au tour entre les divers organes : utérus, vessie, intestin, etc.

Plus tard la néomembrane qui enveloppe cette collection blennorrhagique aura tendance à se séparer des divers organes au contact desquels elle s'est formée; sa face externe se libérera et ainsi pourra se trouver constituée cette curieuse forme de kyste appendu au pavillon de la trompe, dans lequel celle-ci vient s'ouvrir et que nous avons eu l'occasion d'étudier aux différentes périodes de son développement (1).

6. — Épiploïtes (2).

L'inflammation de l'épiploon correspond à une série de modifications histologiques : envahissement par les leucocytes des travées séparant les lobules graisseux, puis envahissement des cellules graisseuses elles-mêmes par les cellules inflammatoires, inflammation des vaisseaux, thromboses, petites hémorrhagies interstitielles.

Mais ce qui surtout intéresse le chirurgien, c'est que telles de ces épiploïtes qu'on attribuerait volontiers à une inflammation de voisinage peuvent cependant être dues à une infection très atténuée, mais non douteuse.

(1) Thèse doctorat, 1895, p. 31.
(2) HARTMANN et REYMOND. *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, septembre 1894.

III. — PATHOLOGIE URINAIRE

— Rein. —

1. — Appareil suspsnseur du rsin après néphropsxie (1).

Les cas où l'on a pu étudier après autopsie la disposition anatomi-

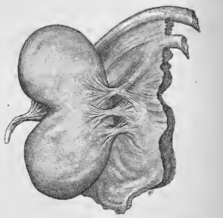


Fig. 9. — Appareil suspenseur du rein trois ans après une néphropexie.

que d'un rein fixé depuis plusieurs années, sont tout à fait exception-

(1) *Soc. anatom.*, 10 novembre 1893.

nels. Dans celui qui nous occupe nous avions examiné la malade souffrant d'un rein mobile, nous avons aidé à l'opérer et après l'avoir suivie pendant trois ans, nous avons fait son autopsie alors qu'elle mourut de tuberculose pulmonaire.

La fixité du rein était due à trois cordons blancs, résistants, partant de son bord externe, allant se perdre dans l'épaisseur de la paroi lombaire, correspondant aux trois fils fixateurs de la néphropexie. D'autre part, une atmosphère celluleuse abondante et résistante, formée nécessairement depuis l'opération, enveloppait le rein.

Sans insister sur la curieuse disposition histologique que présentaient les éléments de cet appareil suspenseur, nous rappelons que cet excellent résultat opératoire avait été obtenu sans avoir recours à la décortication partielle du rein que M. le professeur Guyon a toujours considérée comme inutile.

2. — Distribution des micro-organismes dans une néphrite infectieuse (1).

L'infection de l'appareil urinaire par voie sanguine est souvent délicate à établir. Elle ne pouvait laisser de doute dans le cas suivant.

La malade avait présenté sur la poitrine une éruption furonculeuse : le staphylocoque avait été constaté dans le pus provenant des furoncles. La température monte à 40° et la malade présente des symptômes de bronchopneumonie. Elle meurt, et à l'autopsie on constate plusieurs foyers viscéraux d'infection staphylococcienne.

Le rein est parsemé de petits abcès gros comme des grains de millet et qui se trouvent en plus grande abondance dans la substance corticale. La disposition est la même que celle décrite par Lannelongue et Achard, à propos de l'ostéomyélite, dans l'infection expérimentale due aux staphylocoques.

Mais ceux-ci ne se trouvent pas seulement au niveau des petits abcès. Nous les voyons disséminés, d'autre part, dans le parenchyme rénal. Ils sont plus nombreux dans les capillaires sanguins que

(1) *Soc anat.*, juin 1891, p. 373.

dans les tubes urinaires ; parfois ils obstruent complètement la lumière du vaisseau sanguin.

3. — Pyélonéphrite calculeuse (1).

4. — Pyélonéphrite calculeuse, compliquée de phlegmon périnéphrétique, de périnéphrite, de pérityphlite et d'obstruction de l'urèthre par un calcul (2).

— Vessie. —

1. — Cystites consécutives à une infection de la vessie à travers les parois.

C'est en collaboration avec notre maître le professeur Guyon que nous avons communiqué pour la première fois à la Société de biologie (3) les expériences nous permettant d'affirmer la possibilité pour les micro-organismes de traverser les parois de la vessie de dehors en dedans.

Le travail que nous fîmes sur ce sujet portait sur un ensemble d'observations cliniques et, d'autre part, sur une série de recherches expérimentales (4).

Les malades étudiés présentaient des inflammations du petit bassin au cours desquelles était survenue une cystite. Parfois l'endoscopie permettait d'étudier une lésion de la muqueuse vésicale correspondant au point où la vessie adhérait au foyer inflammatoire. L'intervention chirurgicale nous permit le plus souvent de constater l'identité entre la nature de l'infection vésicale et juxta-vésicale. La guérison de la cystite suivait de près celle du foyer voisin. A tous ces faits cliniques on pouvait objecter que l'infection génitale et urinaire avait pu se produire par propagation ascendante et sans qu'il y eût passage

(1) *Soc. anat.*, juin 1891, p. 375.
(2) *Société. anat.*, juin 1894, p. 472.
(3) MM. le professeur Guyon et E. Reymond. *Société de biologie*, 2 juillet 1892.
(4) Prix Civiale, 1892-93. *Annales des maladies des org. génito-urin.*, avril et mars 1893.

direct. Les expériences que nous avons entreprises sur les animaux ne laissaient plus prise à cette objection.

L'infection juxta-vésicale était produite par un petit tampon imbibé de la culture choisie et placé soit dans le péritoine, soit sous le péritoine. Le micro-organisme apparaissait plus ou moins vite dans les urines suivant diverses conditions ; mais la présence des micro-organismes dans les urines ne suffisait généralement pas à produire les symptômes de cystite, celle-ci apparaissait alors qu'on déterminait une rétention momentanée, par ligature de la verge.

En résumé, les conclusions les plus importantes de nos expériences étaient les suivantes :

Chez les animaux les microbes peuvent traverser les parois de la vessie de dehors en dedans.

Ce passage peut s'effectuer et la muqueuse s'infecter par la face profonde, que les microbes aient ou n'aient pas à traverser le péritoine enveloppant la vessie.

Les micro-organismes laissent dans leur passage à travers les parois vésicales des lésions appréciables mais différentes suivant les cas.

Les cystites expérimentales, de même que les cystites analogues fournies par la clinique, présentent des plaques inflammatoires localisées au niveau où la vessie se trouve en contact avec le foyer septique extra-vésical.

Depuis la publication de ce travail il nous a été donné d'étudier un certain nombre de cas cliniques correspondant à cette forme d'infection vésicale. Parfois l'autopsie nous a permis de constater les lésions qui unissaient le foyer juxta-vésical à la muqueuse de la vessie (1).

Si la vessie ainsi contaminée se trouve en telle situation qu'elle résiste à l'infection, l'on peut trouver des micro-organismes dans l'urine sans que pour cela il y ait cystite (2). Ce sont ces cas de *bactériuries* dont la fréquence est difficile à établir parce qu'on ne songe pas à les reconnaître. Dans tel cas où la vessie se trouvait enveloppée par un abcès intra-péritonéal l'urine était néanmoins restée claire, ne

(1) *Soc. anatom.*, juin 1895, p 505.
(2) *Soc. anatom.*, juillet 1897.

contenant que de très rares leucocytes : ce n'est que la situation respective de la vessie et du foyer purulent qui nous engagea à cultiver l'urine : or celle-ci contenait la même espèce microbienne que la collection voisine. Quand cette dernière fut ouverte et drainée l'urine ne cultiva plus (1).

Les différents micro-organismes ne paraissent pas pénétrer les parois vésicales avec la même facilité. Le bacterium coli est parmi ceux qui le plus facilement traversent les tissus (2).

2. — Situation anormale de la vessie par rapport aux organes voisins

Les adhérences entre la vessie et les annexes utérines sont chose rare (3). Parfois cependant une fistule peut s'établir entre une salpingite et la vessie. Quoi qu'on en ait dit, la cystite ne survient pas nécessairement pour cela. Au moment des règles, la présence du sang dans les urines peut être reconnue à l'hématoscope (4).

La cellulite pelvienne post-puerpérale paraît déterminer souvent des adhérences entre les ligaments larges et la vessie. Alors que la résolution se produit la vessie peut se trouver attirée latéralement dans une situation anormale (5).

Les rapports pathologiques entre le cæcum et la vessie sont, eux aussi intéressants à étudier. Sans parler des collections intra-péritonéales et rétro-vésicales d'origine appendiculaire (6), l'inflammation péri-cæcale peut aussi déterminer des adhérences étendues entre le cæcum et la vessie. En pareil cas le péritoine passe directement du cæcum sur la vessie. Cette curieuse disposition est susceptible de produire pendant la vie des symptômes spéciaux : la masse péri-cæcale adhérente à la vessie se déplace suivant que celle-ci est vide ou pleine (7).

(1) Hartmann et Reymond. *Congrès d'urologie*, octobre 1897, p. 324.
(2) *Annales de gynécologie*, juillet 1895, et *Société anatom.*, juillet 1897.
(3) Thèse de doct. 1895, p. 33.
(4) *Annales des m. des org. génit.-urin.*, mai 1893.
(5) *Id.* et *Société anatom.*, 21 juin 1895.
(6) Hartmann et Reymond. *Congrès d'urologie*, octobre 1897, p. 324.
(7) *Soc. anatom.*, fév. 1894, p. 472.

3. — Cystites survenues chez des malades n'ayant jamais été sondés (1).

Ce travail a été poursuivi dans le service de notre maître M. le professeur Guyon. Nous avons réuni toutes les observations de malades s'étant, durant quatre mois, présentés à la consultation avec des des symptômes de cystites non tuberculeuses, et sans cependant avoir jamais été sondés. L'urine de chacun de ces malades était aseptiquement recueillie, examinée et cultivée : 7 fois il s'agissait du bacterium coli, 10 fois d'espèces microbiennes que nous avons étudiées avec soin et qui paraissaient correspondre à des formes vivant normalement dans l'urèthre et considérées comme saprophytes.

En ce dernier cas il s'agissait presque toujours de malades n'ayant pas été sondés mais ayant eu la blennorrhagie. Au contraire, un grand nombre de cystites à bacterium coli étaient survenues chez ceux qui n'avaient pas eu d'uréthrites.

Les cystites à bacterium coli étaient plus aiguës que les autres.

L'infection de la vessie par des micro-organismes vivant normalement dans l'urèthre et considérés généralement comme inoffensifs peut être due à la blennorrhagie qui a donné à ces espèces une vitalité spéciale et qui, d'autre part, a facilité leur propagation jusque dans l'urèthre postérieur et la vessie (2).

Mais l'infection par le bacterium coli était plus délicate à expliquer et faute de certitude nous avons dû nous en tenir aux hypothèses paraissant les plus vraisemblables (3).

4. — Influence réciproque de la lithiase urinaire et de l'infection.

L'infection de l'appareil urinaire et la production de calculs présentent des rapports non douteux, mais la difficulté commence alors qu'il s'agit d'établir quel est de ces accidents le premier en date. La présence de calculs met à coup sûr la vessie, l'uretère, le rein en état

(1) *Annales des mal. des org. gén.-urin.*, octobre 1893.
(2) *Association franç. d'urologie*, 1897, p. 307.
(3) *Gazette hebdom.*, 24 février 1894, p. 88.

de facile réceptivité, mais le calcul lui-même n'est-il pas souvent le résultat d'une infection atténuée ? Quand on trouve un enfant de 16 ans (1) n'ayant jamais été sondé, présentant une lithiase bilatérale et une infection de tout l'appareil urinaire, il est difficile de savoir s'il

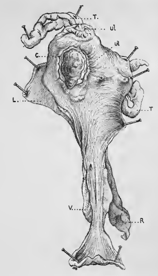


FIG. 10. — Vessie infectée par sa face externe ; la muqueuse présente deux ulcérations (*ul.*) ; (*c.*), sur la plus grande de celles-ci s'observe un calcul.— T. testicule. — V. vésic. séminale. — R. rectum.

s'agit d'infection ascendante, facilitée par la lithiase ou d'infection descendante ayant pu déterminer à un certain moment cette lithiase elle-même.

(1) *Soc. anat.*, juin 1894, p. 472.

Ce qui nous parut établi c'est que l'infection est susceptible de déterminer la lithiase sans même qu'il soit nécessaire de placer au contact de l'urine un corps étranger autour duquel se précipitent les sels.

En effet, au cours de nos recherches sur l'infection de la vessie par la face externe, nous avons constaté la présence de calculs vésicaux chez des animaux que nous n'avions même pas sondés ; nous avions seulement mis la vessie, pour faciliter son infection, en état de rétention momentanée par ligature de la verge.

L'expérience en pareil cas était faite avec des espèces microbiennes atténuées. Au niveau où se produisait l'infection de la vessie, celle-ci présentait une lésion de la muqueuse ; or le calcul tenait à la paroi vésicale au niveau de cette ulcération (C, fig. 10). Parfois le calcul était assez volumineux pour remplir la vessie.

5. — **Hernie inguinale de la vessie** (1).

Les caractères que peut présenter la hernie de la vessie sont fort différents suivant les rapports qu'affecte celle-ci avec le sac. Ainsi que nous l'avons constaté au cours d'une kélotomie, la vessie sortant en dehors et à côté du sac, dépourvue par conséquent du péritoine, est enveloppée d'une abondante couche graisseuse à laquelle on a fait jouer un rôle dans le déplacement vésical.

Il n'en est aucunement de même alors que la vessie se présente dans le sac herniaire, enveloppée par conséquent de péritoine.

Dans un cas que nous avons pu observer, le sac herniaire contenait avec de l'intestin, la trompe et l'ovaire gauches ; la paroi postérieure du sac était soulevée par la vessie ; d'autre part, en dehors du sac apparaissait encore la vessie dépourvue du péritoine et recouverte de lobules graisseux.

(1) *Soc. anat.*, 23 novembre 1894

— Urèthre. —

1. — Uréthrites non blennorrhagiques.

L'inflammation de l'urèthre due aux agents autres que le gonocoque a été longuement discutée cette année même au Congrès d'urologie.

En 1893 nous avions déjà étudié les micro-organismes, hôtes habituels de l'urèthre, qui peuvent sous certaines influences jouer un rôle pathologique. Ces différentes espèces prennent (1) alors une certaine virulence et perdent leurs caractères de saprophytes. Tandis que la culture de tel micro-organisme de l'urèthre normal ne donnera qu'une inoculation négative sur les animaux, la même espèce, alors qu'elle aura déterminé une cystite ou une uréthrite, fournira des cultures dont l'inoculation donnera lieu à de petits abcès.

Toutefois il ne nous semble pas qu'on puisse préciser aucun cas de contamination due à l'uréthrite non blennorrhagique. Nous avons bien pour notre part trouvé dans | certaine salpingite un micro-organisme qui habite normalement l'urèthre antérieur, mais rien ne prouve que ce fût là un cas de contamination : la flore de la portion inférieure des organes génito-urinaires est à peu près la même chez l'homme que chez la femme (2).

Le bactérium coli nous a toujours paru cultiver difficilement dans l'urèthre. Nous l'avons vu (3) donner lieu à une cystite intense, infecter un phimosis en sortant de l'urèthre, mais ne pas cultiver au niveau de celui-ci. En sorte que le canal uréthral restait indemne entre deux foyers d'infection de même nature : une balanite et une cystite.

(1) *Annales des m. des organes génito-urinaires*, octobre 1893.
(2) *Association franç. d'urologie*, 1897, p. 302.
(3) *Annale des. des morg. gén.-urin.*, octobre 1393. (Obs. XI.)

2. — Suppuration des canaux accessoires de l'urèthre chez la femme (1).

Chez un certain nombre de femmes il existe de petits canaux paral-

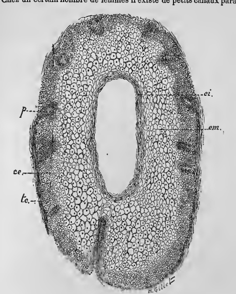


Fig. 11. — Coupe de la cavité suppurée.

ce. Couche externe, cellules petites et colorées. — *em.* Couche moyenne, cellules grosses et claires. — *ei.* Couche interne, cellules plates. — *tc.* Tissu conjonctif adhérent à la paroi de la poche. — *p.* Papilles.

(1) Hartmann et Reymond. *Assoc. franç. d'urologie*, 1897, p. 60.

lèles à l'urèthre, s'ouvrant de part et d'autre du méat; leur structure histologique, la présence de papilles à ce niveau montrent bien qu'il ne s'agit nullement de glandes mais de petits canaux accessoires de l'urèthre ; ceci dit sans vouloir préjuger en rien la nature embryogénique de ces canaux.

Ces petits canaux juxta-uréthraux peuvent infecter et s'enflammer. Dans une première observation ces canaux étaient le siège de rétentions purulentes simulant des abcès de la cloison uréthro-vaginale. Ces abcès se développaient chez la malade à l'occasion de chaque grossesse.

Chez une deuxième malade nous avons pu observer la suppuration de ces petits canaux sans formation d'abcès consécutif. La malade avait autrefois contracté une blennorrhagie qui n'avait jamais depuis complètement disparu. Même alors qu'elle ne souffrait pas, le pourtour des orifices des petits canaux se trouvaient rouges et enflammés ; par pression on en faisait sourdre du pus : celui-ci contenait du gonocoque.

A partir du moment où nous eûmes guéri cette inflammation locale, la blennorrhagie ne récidiva plus.

— Utérus. —

1. — **Fibrome kystique de l'utérus. Adhérences rectales. Infection des poches kystiques voisines du rectum** (1).

Il s'agissait d'un énorme fibrome utérin creusé de kystes à

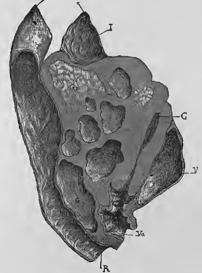


Fig. 12. — *R.* Rectum. — *Va.* Vagin. — *V.* Vessie. — *C.* Cavité utérine. — *Gr* Lobules graisseux. — *I.* Intestin. — *G.* Une des cavités contenant du pus.

contenu septique. Il était entouré d'une épaisse couche inflamma-

(1) *Soc. anatomique*, janvier 1894.

toire adhérant intimement en arrière au rectum, en haut à l'intestin.

La présence de bacterium coli dans les kystes purulents, la mince couche séparant ceux-ci du rectum, l'état relativement sain de la muqueuse utérine et des annexes, nous ont fait penser que l'infection avait plus de chance pour provenir du rectum que de la muqueuse utérine.

2. — Contribution à l'étude du traitement des fibrones utérins par les couranta d'induction (1).

— Trompes utérines. —

1. — Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire (2).

Dans le cas que nous avons observé, la trompe était enflammée, très adhérente au sac. L'ovaire était placé au niveau même de l'orifice herniaire : il présentait un kyste sanguin assez volumineux, très adhérent au pourtour de l'orifice.

L'état des annexes était tel que l'ablation nous parut nécessaire.

2. — Torsion du pédicule des salpingo-ovarites.

Il faut distinguer entre la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire à laquelle la trompe peut ne prendre aucune part et celle du pédicule d'une salpingo-ovarite ; dans ce cas la trompe et le pédicule ovarien s'enroulent autour l'un de l'autre (3).

Les symptômes rappellent ceux de l'étranglement interne.

Les annexes se congestionnent et prennent un volume considérable : ceci tient à l'oblitération des veines au niveau de la torsion, les artères

(1) E. Reymond et Mally. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1891, p. 361-369.

(2) *Soc. anat.*, novembre 1894, p. 843.

(3) Hartmann et Reymond. *Anal. de gynécologie et d'obstétrique*, septembre ; 1894 ; thèse doctor., p. 70.

permettant encore l'arrivée du sang L'examen histologique prouve en effet que la thrombose veineuse précède la thrombose artérielle.

Non seulement les cavités salpingo-ovariennes sont pleines de sang, mais les éléments des tissus se trouvent dissociés par l'hémorrhagie interstitielle. Dans les parois artérielles les vasa-vasorum présentent un volume considérahle.

La torsion du pédicule d'une salpingo-ovarite favorise le développement des micro-organismes que peut contenir la trompe. Même alors que ceux-ci sont peu virulents, ils envahissent les tissus et peuvent être reconnus au niveau des adhérences que contracte la salpingo-ovarite avec les organes voisins. Nous les avons retrouvés dans l'épaisseur même de l'épiploon enflammé et adhérent.

La torsion par enroulement des ailerons de la trompe et de l'ovaire peut se produire en dehors de la salpingo-ovarite.

Nous avons eu l'occasion d'en étudier un cas à propos d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit (1). La disposition des artères, des veines et de l'hémorrhagie interstitielle était analogue.

3. — Léeione de l'extrémité interne de la trompe.

Le plus grand nombre des auteurs s'étant occupé des salpingo-ovarites admettaient que presque toujours pour qu'une collection salpingienne pût se produire il fallait que la lumière de la trompe eût complètement disparu au niveau de l'extrémité utérine.

Nous nous sommes attaché à prouver le contraire : sur 94 cas d'hydro ou pyo-salpingites, nous n'avons pas trouvé un seul cas d'oblitération complète de l'oviducte à son extrémité utérine. Celle-ci paraît aussi rare que la disparition complète du canal de l'urèthre de cause inflammatoire.

Dans un cas comme dans l'autre la difficulté est de savoir retrouver la lumière parfois fort étroite. Nous avons décrit un procédé facilitant la chose et permettant aussi de se rendre compte de la disposition qui empêche le liquide contenu dans la trompe de s'écouler par l'ostium utérin (2).

(1) *Soc. anat.*, juin 1895, p. 487.
(2) Thèse doctorat, 1895, p. 14.

Parmi les causes que nous avons indiquées comme pouvant fermer l'ostium utérin et déterminer la rétention salpingienne, il en est deux d'une importance toute spéciale, la coudure et le rétrécissement.

A. — **Coudure.** — Elle manque rarement : elle est toujours plus accentuée qu'elle ne le paraît extérieurement. Elle est due en

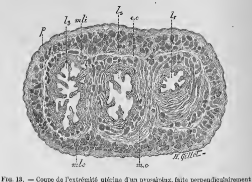


Fig. 13. — Coupe de l'extrémité utérine d'un pyosalpinx, faite perpendiculairement à l'axe de la trompe.

l_1 l_2 l_3 : La lumière de la trompe est tellement contournée sur elle-même qu'on la retrouve trois fois sur la même coupe histologique. — *mc*. Couche musculaire profonde circulaire — *mli*. Faisceaux les plus profonds de la couche musculaire longitudinale accompagnant la lumière dans ses circuits. — *mle*. Faisceaux longitudinaux superficiels accompagnant le péritoine *p*. — *se*. Espace clair séparant les faisceaux superficiels et profonds de la couche longitudinale.

partie à une disproportion entre le développement des couches superficielles et des couches profondes : celles-ci, du fait de l'inflammation, tendent à augmenter de longueur et se coudent. Le canal muqueux peut se replier sur lui-même au point que sur une coupe faite perpendiculairement à l'axe de la trompe il apparaisse trois fois sur la même préparation (fig. 13).

La couche musculaire profonde accompagne la muqueuse. La

couche superficielle à direction longitudinale accompagne le péritoine ; celui-ci passe directement au-dessus des coudures et les

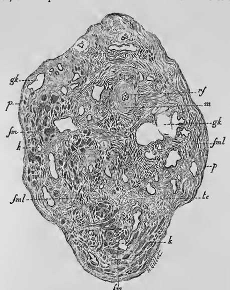


FIG. 14. — Rétrécissement de l'extrémité utérine de la trompe au niveau d'un nodule.

r.f. Restes des franges — *m.* Muqueuse épaisse. — *f.m.* Fibres musculaires se croisant en tous sens. — *t. c.* Tissu conjonctif. — *p.* Péritoine. — *k.* Kyste épithélial. — *g. k.* Grand kyste : le diamètre de ce kyste épithélial est devenu vingt fois plus considérable que celui de la lumière actuelle de la trompe.

masque ; il suffit parfois de débrider le péritoine pour diminuer les coudures de la lumière et permettre à l'hydro-salpinx de se vider par l'ostium utérin.

B. — **Rétrécissement** (fig. 14). — La présence de nodules ou d'indurarations à l'extrémité utérine de la trompe avait été remarquée depuis longtemps et constituait même pour certains auteurs allemands une forme spéciale à laquelle ils donnaient le nom d'*isthmica nodosa*.

L'étude histologique que nous en avons faite nous a souvent montré une diminution considérable de la lumière de la trompe, mais jamais d'oblitération complète. L'aspect extérieur nous fit penser à un rapprochement avec le rétrécissement inflammatoire de l'urèthre ; l'étude histologique devait le confirmer : cette forme se rencontre dans les salpingites blennorrhagiques.

Ayant étudié ces lésions sur des salpingites d'âges différents, nous avons pu nous rendre compte de leur évolution (1).

4. — Disposition du pavillon de la trompe enflammée.

La coudure que nous avons décrite à l'ostium utérin s'exagère du fait qu'une collection se produit dans la trompe : pour que celle-ci se laisse distendre, il faut d'abord que le pavillon soit fermé. Nombre d'auteurs ont supposé que cette fermeture se produisait par rétrécissement progressif ou par accolement de la muqueuse à elle-même.

Ces hypothèses sont en contradiction avec tous les faits que nous avons observés.

De tous les modes d'occlusion que nous avons étudiés, trois sont particulièrement intéressants : accolement des franges entre elles, abouchement du pavillon dans une cavité ovarienne, formation d'un kyste inflammatoire autour du pavillon.

A. — Adhérences des franges entre elles. — Il est un point sur lequel nous ne saurions trop insister : l'*oblitération de l'orifice abdominal ne se fait jamais aux dépens de la muqueuse mais bien du péritoine.*

Cette occlusion se fait en deux temps.

1° Les franges se replient sur elles-mêmes en rentrant dans le pavillon.

(1) *Société anatom.*, 7 juin 1895, p. 490.

2° Les surfaces péritonéales une fois en face l'une de l'autre adhèrent entre elles.

B. — ADHÉRENCES DU PAVILLON ET DE L'OVAIRE. — Le pavillon peut affecter trois dispositions différentes par rapport à l'ovaire :

1° Il lui adhère par sa face péritonéale. Le pavillon ne se forme jamais en pareil cas, car la surface péritonéale des franges libres ne peut rencontrer que la surface muqueuse des franges adhérentes.

2° Il s'abouche contre la surface ovarienne, et y adhère, les franges

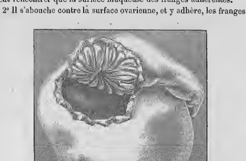


FIG. 15. — Pavillon de la trompe ouvert à l'intérieur d'un kyste enflammé de l'ovaire. (Dessin de H. BOURBON.)

étant déjà accolées à elles-mêmes ou seulement recroquevillées dans le pavillon.

La fixation du pavillon à l'ovaire ne se fait pas au hasard mais au point où celui-ci présente une collection importante de sérosité, de pus où de sang.

3° La communication de cette collection avec le pavillon constitue la troisième forme (fig. 15); si les franges n'étaient pas encore accolées à elles-mêmes, elles se déplissent, flottent dans le kyste ovarien, s'ac-

colent par leur face péritonéale à la face interne de la paroi kystique. Si le kyste continue à croître les franges adhérentes se distendront à mesure et arriveront à prendre des dimensions considérables.

C. — Ouverture du pavillon dans un kyste inflammatoire (1). — L'existence de kystes indépendant de l'ovaire et coiffant le pavillon avait été signalée par Rosthorn, Desguin, Zedel sans qu'on eût pu être définitivement fixé sur leur pathogénie.

Une série d'observations analogues correspondant à des époques différentes d'évolution nous permirent de préciser ce processus.

Le pus blennorrhagique qui coule de la trompe dans le péritoine est vite enkysté par les organes voisins qui l'enferment de toutes parts: la cavité qui se trouve ainsi constituée ne communique plus qu'avec la trompe par son pavillon ; cette cavité se double d'une fausse membrane. A mesure que l'affection passe à la période chronique les viscères qui ont contribué à l'enkystement du pus tendent à se libérer des adhérences qui les retiennent au contact de la nouvelle poche; il arrive un moment où celle-ci devient plus ou moins indépendante, parfois complètement libre, sauf au niveau du pavillon qui vient s'ouvrir dans son intérieur.

5. — Des formes différentes des salpingites et de leurs lésions histologiques (2).

La classification des salpingites qui repose uniquement sur les caractères extérieurs des lésions ne correspond ni à des caractères histologiques propres à chacune des formes, ni à une division étiologique quelconque. C'est parce que les franges du pavillon se trouvent adhérer entre elles que l'infection au lieu d'une salpingite parenchymateuse produira un pyosalpinx; celui-ci pourra devenir lui-même hydrosalpinx.

Il en est autrement en ce qui est des modifications histologiques des tissus ; celles-ci peuvent ne pas être cliniquement appréciables

(1) *Société anatomique*, 10 mai 1895, p. 420.

(2) *Rapports entre l'anatomie et la bactériologie des salpingites*. Prix Godard, 1896.

mais n'en correspondent pas moins à une classification des salpingites d'un caractère plus général.

Pour résumer les longues recherches que nous avons entreprises à

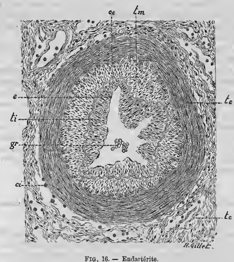


Fig. 16. — Endartérite.

t. e. Tunique externe. — *t. m.* Tunique moyenne. — *c. e.* Couche élastique interne — *t. i.* Tunique interne. — *e.* Épithélium. — *g. r.* Globules rouges. — *c. i.* Cellules inflammatoires. — *t. c.* Tissu conjonctif.

ce sujet nous dirons que tandis que tel micro-organisme comme le gonocoque détermine surtout des modifications au niveau de la muqueuse, tel autre comme le streptocoque agit avant tout sur les couches profondes, muscles et tissu cellulaire. C'est en pareil cas que se produisent ces phlébites, ces artérites (fig. 16), ces throm-

-boses consécutives, dont nous avons pu déterminer le caractère infectieux même dans les salpingites anciennes.

— Ovaires. —

1. — Kystes dermoïdes symétriques des deux ovaires (1).

Il existait une symétrie curieuse non seulement entre les caractères extérieurs des deux tumeurs, mais entre les produits épithéliaux que contenait chacune d'elles.

Au moment de l'opération il ne restait plus de tissu ovarien appréciable et cependant la malade avait présenté une grossesse seize ans auparavant.

2.— Fibro-myôme d'un kyste ovarien (2).

Des fibro-myômes peuvent se développer aux dépens de l'ovaire. Les kystes de l'ovaire peuvent eux aussi présenter à leur intérieur de petites tumeurs ayant tous les caractères histologiques du fibro-myôme.

Mais il est tout à fait exceptionnel de voir celui-ci prenant l'aspect d'un gros fibrome utérin, se développer en dehors du kyste.

Dans notre cas il avait adhéré secondairement à l'ovaire du côté opposé et il était, tout d'abord, difficile de dire aux dépens des annexes de quel côté s'était développée la lésion.

3. — Ovarites.

L'ovaire peut être infecté par sa face libre ou par son pédicule ; dans le premier cas on est en présence de lésions de péri-ovarite proprement dite.

(1) *Soc. anat.*, 7 juin 1895, p. 486.

(2) M. le professeur Terrier et E. Reymond. *Soc. anat.*, 24 mai 1895, p. 444.

A. — **Péri-ovarites** (1). — C'est à la suite de salpingite blennorrhagique que se produisent ces lésions. Le pus coule abondamment du pavillon sur les parties voisines, l'ovaire en particulier ; des adhérences se créent qui pourront ensuite disparaître ; à une certaine période on trouve l'ovaire libre d'adhérences, mais enrobé dans de fausses membranes qui s'en laissent encore facilement détacher.

Plus tard il n'en est aucunement de même : la coque inflammatoire fait corps avec l'ovaire et le comprime.

Cette inflammation périphérique de l'ovaire était la seule que voulussent admettre un grand nombre d'auteurs ; pour eux, les lésions profondes de l'ovaire étaient toujours dues à une influence mécanique ; ils pensaient avec Bland Sutton que pour qu'un kyste devînt purulent il fallait qu'il crevât dans la trompe qui l'infectait. Mais comment expliquer alors les abcès de l'ovaire ne communiquant nullement avec la trompe ?

La question ne peut plus faire aucun doute pour nous depuis que nous avons trouvé des streptocoques dans toute l'épaisseur de l'ovaire.

B. — **Ovarite** (2). — Le streptocoque pénètre par l'aileron ovarien.

L'ovaire passe par deux phases successives : congestion d'abord, sclérose ensuite.

Dans la première les vaisseaux augmentent de volume et de nombre, ils sont parfois enveloppés d'un manchon de cellules inflammatoires. Des hémorrhagies peuvent se produire dans les kystes folliculaires.

Le kyste devenu purulent a au début une structure analogue au kyste folliculaire, puis il perd son enveloppe propre. Les kystes purulents voisins tendent à communiquer : une cavité anfractueuse se constitue.

Les corps jaunes peuvent, au cours d'une annexite, présenter des caractères analogues aux corps jaunes de la grossesse.

A la période de congestion fait suite la période d'atrophie correspondant à des lésions auxquelles conviendrait, nous semble-t-il, le nom de *cirrhose atrophique de l'ovaire*.

(1) *Soc. anat.*, mai 1895, p. 420.
(2) *Soc. anat.*, 21 juin 1895.

— Ligaments larges et péritoine pelvien (1). —

Les deux formes cliniques décrites sous le nom de phlegmon du ligament large et de pelvi-péritonite, méritent d'être conservées ; non seulement il existe, à une certaine période, des symptômes propres à chacune d'elles, mais ces symptômes sont dus à des lésions toutes différentes et ces lésions sont causées par un micro-organisme spécial.

Le phlegmon du ligament large est dû au streptocoque, la pelvi-péritonite au gonocoque.

1. — Phlegmon du ligament large (2).

Les cas de phlegmon du ligament large que nous avons eu l'occasion d'étudier étaient tous consécutifs à une infection puerpérale.

Qu'il existât seulement une infiltration du tissu cellulaire, ou bien une collection déjà constituée, ou enfin une transformation scléreuse, ce qui caractérisait la lésion c'était son siège dans l'épaisseur du ligament large.

Quant au péritoine, il s'enflamme par sa face profonde et aussitôt adhère par sa face superficielle au péritoine voisin ; les culs-de-sac pelviens disparaissent ainsi.

Parfois, dans les cas de cellulites anciennes on voit le péritoine épaissi passer directement au-dessus des viscères du petit bassin et c'est à peine s'il se trouve soulevé par la trompe et l'ovaire.

C'est dans les cellulites à évolution récente que la distribution du streptocoque est le plus facile à étudier. Mais il n'est pas rare de trouver des streptocoques dans des foyers très anciens ne paraissant plus avoir aucun caractère inflammatoire.

(1) *Annals of surgery*, octobre 1896.
(2) *Soc. anat.*, 21 juin 1895.

2. — Pelvi-péritonite.

Les cas de pelvi-péritonite que nous avons eu l'occasion d'étudier paraissaient être tous sous la dépendance du gonocoque.

Dans l'affection précédente, le péritoine n'était infecté que secondairement et par sa face profonde ; dans la pelvi-péritonite la séreuse est infectée par sa face libre et les adhérences qui se constituent ne font que limiter les collections purulentes.

Parmi celles-ci, rappelons celle qui se constitue autour du pavillon lui-même et crée un kyste inflammatoire dans lequel vient s'ouvrir la trompe.

Le pus qui coule à la surface du péritoine provient toujours de la trompe. Aussi la pelvi-péritonite type nous a-t-elle toujours semblé être consécutive à une salpingite blennorrhagique.

Au contraire, la salpingo-ovarite à streptocoque n'est généralement pas la cause mais la conséquence du phlegmon du ligament large.

Rapports entre chaque micro-organisme et les lésions des organes génitaux de la femme.

1. — Gonocoque (1).

Au moment où nous entreprîmes nos recherches les opinions de Wertheim et de ses élèves tendaient à être acceptées en Allemagne et en France. Non seulement on disait avoir trouvé des gonocoques dans l'épaisseur de l'utérus, des ligaments larges, de la trompe et de l'ovaire, mais on voulait que la muqueuse de la trompe et le péritoine pelvien ne pussent être atteints que par leur face profonde. Les lymphatiques représentaient la voie suivie par les gonocoques pour infecter les organes génitaux.

Ce ne fut qu'après de patientes recherches, après avoir suivi tous les procédés choisis par les auteurs qui étaient arrivés à de pareilles conclusions que nous nous permîmes d'affirmer qu'il y avait de leur part une erreur de technique ou d'interprétation.

Depuis lors, de nombreux travaux sont venus nous donner raison ;

(1) Mémoire pour le prix Godard, 1896.

déjà, en 1896, au Congrès de Francfort, Bumm s'appuyait sur nos recherches pour combattre les opinions de Wertheim (1).

Le gonocoque reste ici comme en tout autre point de l'organisme le microbe vivant en surface à fleur de téguments et y appelant une phagocytose énergique. S'il persiste et infecte les tissus profonds, c'est là une rare complication et nullement une marche normale de la maladie.

Ainsi donc, le gonocoque pénètre dans les trompes en suivant la

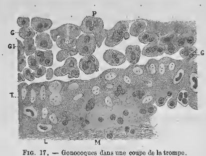


FIG. 17. — Gonocoques dans une coupe de la trompe.

M. Muqueuse. — *P.* Couche de pus adhérente à la muqueuse. — *l.* Leucocytes dans la muqueuse. — *C.* Revêtement épithélial de la muqueuse ; les cellules ont perdu leur place, leurs formes et leurs dimensions ; cependant elles ne contiennent pas de gonocoques. — *g.* Gonocoques dans des leucocytes bordant la muqueuse ; on en trouve aussi dans des cellules épithéliales desquamées et tombées dans la lumière de la trompe.

lumière. Nous l'avons trouvé dans le pus et à la surface de la muqueuse dans laquelle il détermine une abondante diapédèse de leucocytes : il ne traverse qu'exceptionnellement l'épithélium.

Jamais nous ne l'avons trouvé dans l'épaisseur du tissu ovarien. Il n'entre en contact qu'avec la surface qu'il enveloppe d'une coque scléreuse.

Ces lésions péri-ovariennes ainsi que les lésions de pelvi-péritonite proviennent de l'écoulement du pus dans le pavillon : cet écoulement

(1) *Centr. für Gynec.*, 1896, n° 42, p. 1073.

peut être considérable sans provoquer une péritonite généralisée rapidement mortelle comme on l'a dit.

La salpingite blennorrhagique est susceptible de guérir si le pavillon n'est pas fermé.

Le gonocoque favorise le développement d'autres microbes qui, dans les organes génitaux de la femme comme dans ceux de l'homme, ne prennent un caractère pathogène que grâce au gonocoque.

Cette influence est délicate à interpréter alors qu'il s'agit de streptocoque. Si en effet ce dernier paraît voir son développement favorisé par la blennorrhagie, celle-ci, d'autre part, gagne volontiers les trompes après un accouchement. L'accouchement paraît favoriser le développement d'une salpingite pour deux raisons différentes : il facilite l'ascension du gonocoque, celui-ci facilite le développement du streptocoque.

2. — Streptocoque.

A l'inverse du gonocoque, le streptocoque vit dans l'épaisseur des

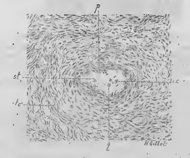


FIG. 18. — Petit abcès miliaire au centre du tissu ovarien.

t. c. Tissu conjonctif de l'ovaire. — *p.* Paroi du petit abcès. — *l.* Leucocyte. — *c.* Cellule du tissu conjonctif tombée dans la cavité et contenant des streptocoques. *s. t.* Streptocoques.

tissus : il pénètre dans les annexes par les vaisseaux lymphatiques, y détermine des périphlébites et périartéritesse terminant souvent par infection du vaisseau lui-même et thromboss.

Les lymphatiques du ligament large sont infectés alors même que ne doivent pas ss produire les lésions phlegmoneuses.

L'ovaire est atteint en même temps que la trompe; aussi souvent

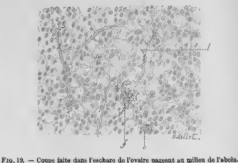


Fig. 19. — Coupe faite dans l'eschare de l'ovaire nageant au milieu de l'abcès.
c. Capillaire thrombosé par une masse de streptocoques. — *l*. Lymphatique rempli de streptocoques. — *f*. Amas de streptocoques ; on en trouve d'autres isolés dans le tissu ovarien ; chaque chaîne compte le plus souvent trois ou quatre éléments.

qu'elle il devient le siège d'une collection purulente qui communique ou ne communique pas avec la salpingite.

Le péritoine, infecté par sa face profonde, tend aussitôt à contracter une adhérence par sa surface libre. Si malgré ce moyen de protection, une cavité purulente contenant du streptocoqus vient à s'ouvrir dans la cavité péritonéale les accidents qu'ells y produit sont d'uns autre gravité que pour le gonocoque (1).

Ls pus des collections streptococciennes diffère beaucoup du pus blennorrhagique. Le streptocoque détermine moins une diapédèse

(1) *Soc. anat.*, 21 juin 1895.

de leucocytes qu'une desquamation abondante des cellules épithéliales et une mortification de tous les tissus.

La salpingo-ovarite à streptocoques est presque toujours liée à

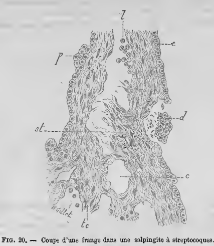


Fig. 20. — Coupe d'une frange dans une salpingite à streptocoques.

t. c. Tissu conjonctif hypertrophié au centre de la frange. — *e. e.* Épithélium de revêtement. — *p. e.* Prolifération de cet épithélium au niveau d'un groupe de streptocoques. — *d. c.* Desquamation d'un bloc de cellules proliférées. — *s. t.* Streptocoques groupés au-dessous de ce lambeau desquamé ; l'épithélium est attaqué par sa face profonde. — *l.* Leucocytes dans le lymphatique central de la frange ; streptocoques dans le leucocyte. — Mêlées aux courtes chaînes de streptocoques, se voient de fines bactéries ; l'ensemencement du pus n'a pas permis de cultiver d'autres espèces que le streptocoque.

une infection puerpérale. Elle a toujours une période fébrile. Elle a peu de tendance à la guérison.

3. — Microbes faiblement pathogènes.

Ceux-ci paraissent venus de l'utérus par voie muqueuse, à la suite du gonocoque. L'influence de celui-ci sur le développement anormal des microbes saprophytes est un des points communs entre les

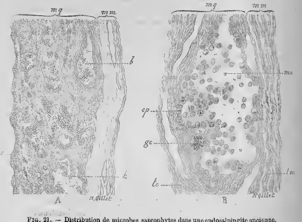


FIG. 21. — Distribution de microbes saprophytes dans une endosalpingite ancienne.

A. — Paroi de la trompe vue à un faible grossissement. — *m. p.* Muqueuse très hypertrophiée. — *m. m.* Couche musculaire. — *e.* Épithélium de revêtement. — *k.* Kyste folliculaire. — *b.* Région reproduite dans la fig. ci-jointe.

B. — Région *b* vue à un fort grossissement. — *m. g.* Muqueuse au contact de la muqueuse. — *m. m.* Couche musculaire. — *m. t.* Micro-organisme en tétracoque. — *g. c.* Groupe de cocci. — *c. p.* Cellule épithéliale contenant des cocci. — *t. c.* Tissu conjonctif. — *t. m.* Tissu musculaire sain, ne contenant pas de micro-organismes.

anciennes uréthrites et les anciennes salpingites blennorrhagiques.

Les microbes se cantonnent à la surface de la muqueuse et dans

les kystes qui se forment à ses dépens : ils n'envahissent pas profondément les tissus (fig. 21).

4. — Bacterium coli.

Le bacterium coli nous a toujours paru être un agent d'infection secondaire. Il pénètre dans la salpingo-ovarite à travers les adhérences qui se sont formées avec l'intestin ; c'est avec le rectum et l'anse oméga que ces adhérences paraissent le plus fréquentes.

La salpingo-ovarite contenant du bacterium coli présente le plus souvent ces deux caractères cliniques : haute température (jusqu'à 40°,5) et situation rétro-utérine, la poche tendue faisant saillie dans le vagin et le rectum.

Deux raisons peuvent engager à traiter ces collections en les incisant par le vagin : la virulence de leur contenu et la possibilité de guérison relative à la suite de cette simple incision.

V. — DIVERS

Leçons recueillies et publiées.

Leçon clinique de M. le professeur Guyon, publiée dans la *Gazette médicale*, 1892.

Leçons de médecine opératoire de M. le professeur Terrier, publiées dans le *Progrès médical* au cours des années 1895-96, puis éditées chez Félix Alcan, 1896.

Revues et analyses.

Gazette hebdomadaire. Contribution à l'étude des cystites, 24 février 1894.

Archives générales de médecine. Analyses de divers ouvrages, 1891-92.

Revue de chirurgie. Analyses de divers ouvrages, 1894-95-96-97-98.

TABLE DES MATIÈRES

I. — CENTRES NERVEUX

II. — COU ET TRONC

III. — PATHOLOGIE URINAIRE

IV. — GYNÉCOLOGIE

V. — DIVERS

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE